



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**BEATRIZ SILVA MONTALVÃO**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS AD III**

Brasília- DF  
2017

BEATRIZ SILVA MONTALVÃO

## **O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS AD III**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado a Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Andréia de Oliveira.

Brasília- DF

2017

**BEATRIZ SILVA MONTALVÃO**

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS AD III**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado a Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.  
Orientadora: Dra. Andréia de Oliveira.

---

Beatriz Silva Montalvão

Aprovado em Brasília- DF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Andréia de Oliveira. Orientadora.

---

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli. Examinador interno.

---

Michelle da Costa Martins. Examinadora externa

Dedico esta monografia aos meus pais, Salete Moreira e Wilson Montalvão.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde e força em toda minha trajetória acadêmica.

À minha família por acreditar em todos os meus sonhos, e me incentivar em todas as ocasiões. Obrigada pela amizade e cumplicidade, sem vocês eu não teria chegado até aqui. Amo vocês: Wilson, Salete, Bruna e Lucas e meu cachorro Sansão.

Ao meu marido Bruno, pela paciência e amor nos momentos mais difíceis. Obrigada pela força e sabedoria.

Às minhas amigas de curso por termos compartilhados os melhores momentos, a Universidade ficou mais especial e divertida com vocês.

Aos meus amigos da adolescência, obrigada pelo apoio e companheirismo.

À professora Andréia de Oliveira pela atenção, pela perseverança e principalmente pela sabedoria nesse momento.

## Epígrafe

*“Só há duas opções nesta vida: se resignar ou se indignar. E eu não vou me resignar nunca”.*

*(Darcy Ribeiro)*

## **Resumo**

Esta monografia aborda o exercício profissional do assistente social no Centro Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) no Distrito Federal. O objetivo é investigar as atribuições, competências profissionais, principais desafios e limitadores da atuação do assistente social nesse espaço sócio ocupacional. O estudo com base no método qualitativo de pesquisa estruturou-se em dois momentos, mas complementares: O primeiro momento envolveu a revisão de literatura sobre a temática e o segundo constituiu-se de pesquisa de campo por meio de entrevista semiestruturada, realizada com assistentes sociais do CAPS AD III. Os resultados da pesquisa permitiram evidenciar que a atuação do assistente social no CAPS AD III pauta-se nos princípios da reforma psiquiátrica e na defesa do acesso universal e integral à saúde dos usuários, conforme preceitos previstos no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, constatou-se também a intensificação e precarização das condições de trabalho, privatização e focalização das políticas públicas, consequências essas advindas da perspectiva neoliberal e impactando diretamente as ações do assistente social.

**Palavras chave:** Saúde Mental, CAPS AD III e Serviço Social.

## **Abstract**

This monograph deals with the professional practice of the social worker at the Psychosocial Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD III) in the Federal District. The objective is to investigate the attributions, professional competences, main challenges and limiters of the social worker's role in this occupational social space. The study based on the qualitative method of research was structured in two moments, but complementary: The first moment involved the revision of the literature on the subject and the second one consisted of field research through a semi-structured interview, carried out with social workers Of CAPS AD III. The research results showed that the social worker's role in CAPS AD III is based on the principles of psychiatric reform and the defense of universal and integral access to users' health, according to the provisions of the Unified Health System (SUS). However, it was also observed the intensification and precarization of working conditions, privatization and focus of public policies, consequences arising from the neoliberal perspective and directly impacting the actions of the social worker.

**Key words:** Mental Health, CAPS AD III and Social Work



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
Percorso Metodológico.....	14
<b>1 CAPÍTULO: REFORMA PSIQUIÁTRICA, REDE DE SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS SOBRE DROGAS .....</b>	<b>16</b>
1.1 Avanços e desafios no SUS na conjuntura atual.....	20
1.2 Redes de atenção em Saúde Mental.....	22
1.3 O uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. <b>28</b>	
1.4 Políticas Sobre Drogas. ....	29
1.5 Serviço Social e a “questão social” na contemporaneidade. ....	33
1.6 Serviço Social e Saúde Mental. ....	34
<b>2 CAPÍTULO: O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS AD III: ALGUMAS REFLEXÕES.....</b>	<b>38</b>
2.1 Caracterizações dos sujeitos da pesquisa.....	38
2.2 Trabalho em equipe no CAPS AD III.....	40
2.3 O exercício profissional do Assistente Social no CAPS AD III.....	45
2.4 Instrumentais técnicos-operativos.....	46
2.5 Condições de trabalho no CAPS AD III e os principais desafios.....	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica tem como objetivos a reorganização dos hospitais psiquiátricos, substituindo a prática assistencial do modelo clínico-biológico, hospitalocêntrico, de tradição asilar e segregadora do doente mental, para uma cultura de reabilitação do usuário por meio da construção dos serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento (LIMA; SILVA, 2004).

Neste íterim, por anos, a base do tratamento psiquiátrico era fundamentada na internação com tempo indeterminado em manicômios. Contudo, o modelo manicomial mostrou-se ineficiente, cronificante e desumano. As críticas ao modelo em questão tornaram-se resistentes, especialmente na Europa e, em 1950, culminaram em um movimento político-social denominado desinstitucionalização psiquiátrica. Este direcionava à humanização do atendimento, bem como à defesa dos direitos civis e humanos dos indivíduos com transtornos psiquiátricos (BARROSO; SILVA, 2011).

No contexto brasileiro, o processo de reforma psiquiátrica possui uma trajetória própria, marcada por forte movimentação política e pelos desafios de uma nação em desenvolvimento. A desinstitucionalização psiquiátrica brasileira teve início há cerca de duas décadas após os países europeus: em fins década de 1970 (BARROSO; SILVA, 2011). Assim como em outros países, houve também denúncias frequentes de abusos contra os pacientes psiquiátricos internados, tais como: condições precárias de trabalho nos manicômios, maus tratos, exclusão e ineficácia no tratamento.

Com base no referido contexto, em 1978 teve início os movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, como, por exemplo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este era formado por trabalhadores da saúde, associações de familiares, sindicalistas e membros de associações de profissionais. Tem como características: a ênfase na denúncia da violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia da rede privada e um melhor cuidado com o indivíduo com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Em fins da década de 1980, como resultado do movimento de redemocratização do País, a Constituição Federal (CF) de 1988 inaugurou a concepção de Seguridade Social<sup>1</sup>, entendida, conforme seu art. 194, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”

Na Carta Magna agregou-se ainda, em seu art. 196, o direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado”, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – resultado de propostas defendidas durante longos anos pelo movimento sanitário, sendo um processo ainda em construção. Um dos objetivos do Sistema em questão são as identificações e divulgações dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, exigindo novas práticas e formas de pensar e agir em saúde, além de reforçar a importância da inserção de diferentes saberes profissionais e não mais a centralização da ação na figura do profissional médico.

Em 1989 tem-se no Congresso Nacional (CN) o Projeto de Lei (PL) do Deputado Paulo Delgado (Partidos dos Trabalhadores – Minas Gerais – PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos do indivíduo com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no País – resultado dos esforços de diversos autores e lutas do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Em 2001, após 12 anos de tramitação na Casa Legislativa, a Lei Paulo Delgado é sancionada, direcionando a assistência em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos dos sujeitos com transtornos mentais e privilegiando o tratamento em serviços da base comunitária (BRASIL, 2005).

Nessa direção, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) estabelecem um papel estratégico para a rede comunitária de cuidados, uma vez que desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários relacionados às políticas e aos programas de saúde mental, sendo um serviço criado para a substituição das internações nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

---

<sup>1</sup> Previdência Social: “São beneficiários do Regime Geral de Previdência Social, na condição de dependentes do segurado”; Assistência social: “será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”; Saúde: “é segmento autônomo da Seguridade Social e se diz que ela tem a finalidade mais ampla de todos os ramos protetivos porque não possui restrição de beneficiários e o seu acesso também não exige contribuição dos beneficiários” (BRASIL, 2002, art. 196, 202 e 203).

Atualmente existem diversos CAPSs, cada um com suas especialidades, de caráter aberto e comunitário, capacitados multiprofissionalmente e transdisciplinarmente, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, com sofrimento e/ou transtornos mentais, além daqueles que fazem uso de crack, álcool ou outras drogas.<sup>2</sup> (BRASIL, 2004). Neste ínterim, a reforma psiquiátrica, traz como princípio a defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas Políticas Públicas, como estratégia de superação do modelo manicomial. Para o assistente social inserido em uma equipe multiprofissional, sua ação profissional deve ter por base o conhecimento da realidade e dos sujeitos, o código de ética profissional e a ampliação e consolidação da cidadania com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras (MIOTO, 2006).

Segundo Bisneto (2009), o Movimento de Reforma Psiquiátrica aborda pontos importantes para a atuação do assistente social. Este trouxe novos modelos do agir profissional, a importância da interdisciplinaridade, novas metodologias na assistência psiquiátrica e, principalmente, a intervenção do profissional nas expressões da questão social na saúde mental.

Tem-se ainda a necessidade da construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Por um longo período, a saúde pública brasileira se mostrava ausente nas Políticas Públicas para os usuários e, principalmente, em relação à prevenção e ao tratamento associado ao consumo de álcool e outras drogas. Pela carência e até uma ‘suposta’ ausência do Estado, surgiram muitos tratamentos “alternativos” para o uso abusivo de álcool e outras drogas, além de práticas de caráter psiquiátrico ou religioso, com isolamento ou exclusão total dos usuários do convívio social, visando o alcance de abstinência. Em 2002, por meio do Decreto n. 4.345 de 26 de agosto, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), com o propósito de atuar, de modo integrado e diversificado, em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras de saúde (SENAD, 2011).

Diante do exposto, o objeto de estudo aqui analisado teve por norte a análise do exercício profissional do assistente social no Centro de Atenção Psicossocial

---

<sup>2</sup> Os diferentes CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS AD) serão explicitados no capítulo 2,

Álcool e Drogas III (CAPS AD III). Para tanto, foi fundamental compreender e identificar as principais competências, atribuições, avanços e desafios na prestação do serviço em questão. E a fim de lograr os objetivos outrora mencionados, as linhas que se seguiram foram divididas em dois capítulos, a saber: 1) breve contextualização da reforma psiquiátrica, rede de saúde Mental e políticas sobre álcool e drogas; e, 2) análise dos dados coletados na pesquisa empírica por meio de entrevista semiestruturada, conforme procedimentos metodológicos explicitados a seguir. Por fim, têm-se as considerações finais.

## Percurso metodológico

Com o propósito de investigar o exercício profissional do assistente social no CAPS AD III, considerando os princípios contidos no SUS e as recomendações do Projeto Ético Político da profissão, o presente estudo utilizou do método qualitativo, por meio de entrevista semiestruturada realizada com assistentes sociais. O lócus da pesquisa empírica foi o CAPS AD III de uma região de saúde do DF, local de realização de estágio supervisionado da pesquisadora. Segundo Minayo (2007, p. 202), “o trabalho de campo é considerado uma etapa essencial na pesquisa qualitativa, onde sem ele a mesma não poderia ser pensada”. Na pesquisa de campo, foi utilizada a entrevista semiestruturada como instrumento investigador, o que exigiu visitas institucionais para o contato com o profissional.

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (MINAYO, 2007).

A interpretação dos resultados foi realizada com suporte de recursos metodológicos da análise temática do método qualitativo de pesquisa social. A análise temática de conteúdo desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. “São expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2007, p. 317)

A pesquisa qualitativa deste Trabalho de Conclusão de Curso - TCC estruturou-se em dois momentos diferentes, mas complementares. O primeiro momento envolveu a revisão de literatura sobre a temática e o segundo constituiu-se de pesquisa de campo por meio de entrevista semiestruturada, realizada com dois assistentes sociais do CAPS AD III. Dos 05 assistentes sociais que atuam junto ao CAPS AD III da região definida para o presente estudo, por questões de disponibilidade dos profissionais, realizou-se a entrevista com 2 assistentes sociais.

Foram explicados de maneira clara e precisa aos sujeitos de pesquisa a justificativa, objetivos, procedimentos metodológicos e os resultados esperados.

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos sujeitos da pesquisa e foram transcritas na modalidade *in verbatim* (transcrição literal das palavras dos entrevistados). Os aspectos éticos foram respeitados no decorrer do estudo e os sujeitos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE<sup>3</sup>. Os relatos

---

<sup>3</sup>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE encontram-se nos anexos deste trabalho.

dos sujeitos da pesquisa realizada com profissionais de serviço social foram identificados como assistente social 1 e assistente social 2.

A entrevista semiestruturada<sup>4</sup> continha questões tanto sobre a formação profissional, sobre o cotidiano do trabalho, a organização política dos profissionais, objetivando compreender o exercício profissional do assistente social no CAPS AD III. A segunda parte da pesquisa de campo consistiu na descrição e análise dos dados gerados pela investigação. Por questões de estrutura e estética, a análise de dados serão explanados no segundo capítulo deste trabalho.

---

<sup>4</sup> O roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se nos anexos neste trabalho.

## **CAPÍTULO 1 : REFORMA PSIQUIÁTRICA, REDE DE SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA SOBRE DROGAS.**

A reforma psiquiátrica brasileira se deu na década de 1970. É um movimento sociopolítico ocorrido no âmbito da saúde pública. Tem como objetivos: uma melhor atenção e gestão nas práticas de saúde, a equidade na oferta dos serviços e a ampla modificação no atendimento ao usuário – redirecionando o modelo da assistência psiquiátrica, a defesa da saúde coletiva, a possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária e impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico etc. (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Concomitantes ao processo de luta pela reforma sanitária ao final da década de 1970 têm-se movimentos de trabalhadores e usuários em torno da reforma psiquiátrica, com o objetivo principal de mudanças na superação de violência asilar.

[...] A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005, p. 4).

Em 1978, com os movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, como, por exemplo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), deu-se o ápice para que os indivíduos que sofreram com a internação hospitalar questionassem o método de internação. O movimento era formado por trabalhadores da saúde, associações de familiares, sindicalistas e membros de associações de profissionais. De acordo com documentos oficiais, o movimento trouxe como características: a ênfase na denúncia da violência manicomial, a mercantilização da loucura, a hegemonia da rede privada e o cuidado com o indivíduo com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo: CAPS Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1989, a Secretaria de Saúde do Município de Santos, São Paulo, deu início a um processo



de intervenção em um hospital psiquiátrico: a Casa de Saúde Anchieta – local de maus-tratos e mortes de pacientes. No período em questão foram implantados naquela localidade os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs) – que funcionam 24 horas. Têm-se aí as primeiras experiências da substituição de um hospital psiquiátrico por redes, sendo um grande marco para a reforma psiquiátrica.

Em 1989, no Congresso Nacional (CN), foi apresentado um Projeto de Lei (PL) de autoria do Deputado Paulo Delgado (Partidos dos Trabalhadores – Minas Gerais – PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos do indivíduo com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no País – ação resultante dos esforços de diversos autores e lutas do Movimento de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), A saúde torna-se um direito fundamental para o cidadão – um marco histórico. Antes, os serviços e as ações de saúde eram destinados apenas a determinados grupos, excluindo os trabalhadores sem carteira assinada, ou seja, os não segurados pela Previdência Social – parcela significativa da população sem condições financeiras de arcar com os custos no atendimento à saúde. Neste ínterim, a Carta Magna, em seu art. 6º, estabelece “como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância”

Tem-se aí a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), como resultado de propostas defendidas durante longos anos, e ainda em processo de construção. Tal Sistema ampara um conceito ampliado de saúde pública, visando garantir o direito à saúde de toda a população:

Em uma breve análise da saúde pública no Brasil com dados de 2006, divulgados no Pacto pela Saúde, mostram que o SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil, devido ao SUS, é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica (Portaria n. 399, 2006, Art. 4º)

O SUS se constitui através de alguns princípios fundamentais, como, por exemplo, a universalidade, atendendo toda a população através dos serviços estatais prestados pela União, pelos Estados e Municípios e pelo Distrito Federal, ou

pelos serviços privados. É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, conforme preconiza o art. 196 da CF de 1988, *in verbis*: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Ou seja, independente de sexo, raça, renda e/ou outros aspectos, todo indivíduo tem acesso a todos os serviços públicos de saúde, sendo essa responsabilidade do governo.

O Sistema em questão também prevê a equidade, ou seja, a garantia de que todos tenham acesso às ações e aos serviços dos diferentes níveis de complexidade ali existentes. O principal objetivo da equidade é a redução das disparidades sociais e regionais existentes no País. Tal ação contempla populações e locais com suas necessidades específicas, compreendendo soluções e resultados diferentes. Neste sentido, reduzir as disparidades regionais e sociais significa a busca por maior equilíbrio, tornando essencial a incorporação tecnológica e o investimento estratégico para o combate de situações de doenças graves e agudas em qualquer região do Brasil. (BRASIL, 2000).

Outro princípio importante é a integralidade, entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 07 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990). Todo indivíduo tem direito às ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde. Logo, o sistema de saúde deve garantir e prestar assistência integral. Tal ação também propõe a articulação da saúde com outras Políticas Públicas – o que repercute na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na CF de 1988, os princípios e diretrizes do SUS apontam para a democratização dos serviços de saúde, tornando-os universais.

A forma de descentralização político-financeira prioriza o repasse do fundo a fundo, por ser considerado o modo mais eficiente e adequado aos objetivos e princípios do Sistema em questão, permitindo identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade, bem como o controle social por meio dos espaços institucionalizado dos conselhos de saúde, contribuindo na fiscalização e uso do recurso disponível, podendo, em algumas situações, inibir fraudes de cidadãos e gestores responsáveis.

No contexto da gestão descentralizada, regionalizada e hierarquizada, têm-se espaços de pactuação entre os diferentes níveis de gestão, com corresponsabilidade sanitária por meio de comissões intergestoras: as Comissões

Intergestores Tripartite (CITs), no âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) (BRASIL, 2000).

A regionalização dos serviços é a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, levando em conta a divisão político-administrativa do País, contemplando a delimitação de espaços territoriais específicos para as ações de saúde, sub-divisões e agregações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços está relacionada com a possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços, buscando o estabelecimento de uma rede que articule as unidades mais simples àquelas mais complexas. “O processo de estabelecimentos de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimentos de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade)” (TEIXEIRA, 2003, p. 7).

Outro princípio fundamental é a participação social, que insere a população brasileira na formulação de Políticas Públicas em defesa do direito à saúde. Com a institucionalização dos espaços participativos (conselhos e conferências de saúde, por exemplo), tem-se o impulso à democratização na relação Estado-sociedade, conforme previsto no art. 1 da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, *in verbis*:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde – SUS de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

[...].

Nas conferências de saúde, a população manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera. São espaços democráticos de construção da política de saúde. Em relação aos conselhos de saúde, estes se fazem presentes nas três esferas governamentais; são órgãos permanentes e deliberativos, devem estar sempre em funcionamento e tomam decisões nos assuntos da saúde. “O Conselho Municipal de Saúde propõe e acompanha as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, democratizando as decisões” (CONASEMS, 2010, p. 18).

### **1.1 Avanços e desafios do SUS na conjuntura atual.**

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo. Nenhum outro sistema é tão completo e abrangente desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população. Somente em 2014, realizou mais de quatro bilhões de atendimentos em ambulatorios, 11,5 milhões de internações, 1,4 bilhão de consultas, 19 milhões de procedimentos oncológicos e 3,1 milhões de procedimentos de quimioterapia (BRASIL, 2015).

Em 2015, o Programa Mais Médicos logrou levar especialistas de saúde a localidades de difícil acesso – regiões onde muitos médicos não demonstravam interesse. Até 2015, o referido Programa já havia enviado mais de 14 mil profissionais a quase quatro mil Municípios, beneficiando 50 milhões de cidadãos que antes não tinham acesso a serviços básicos de saúde, tais como: vacinação, tratamento odontológico, acompanhamento psicossocial, entre outros. E em relação ao tratamento da *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/AIDS), o número de cidadãos em tratamento no SUS aumentou 97%, passando de 231 mil para 455 mil entre 2009 e 2015, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Em relação às campanhas de conscientização social de ações preventivas, em 2013, um levantamento do Governo Federal demonstrou efetividade nestas. O percentual de mulheres que haviam realizado uma radiografia de mama (mamografia), por exemplo, mostrou elevação significativa, passando de 71,1%, em 2006, para 78%, em 2013. No que tange às campanhas sazonais de vacinação, os resultados também têm sido satisfatórios, demonstrando melhorias e marcando a adoção de uma política de saúde de maior descentralização e aproximação dos

serviços de atenção primária à população mais carente, como, por exemplo, os programas Cegonha, Saúde na Escola, Consultório na Saúde etc. (BRASIL, 2015).

Um dos grandes desafios impostos para o SUS na conjuntura atual é a falta de financiamento e o processo de privatização da saúde, com forte tendência à mercantilização da saúde brasileira, em contraposição ao fortalecimento da saúde como um direito humano e dever do Estado.

A partir década de 1990 – momento de implantação do SUS e das prerrogativas previstas na CF de 1988 –, o Brasil incorpora perspectivas neoliberais, tais como: ajustes políticos e econômicos, ênfase no mercado financeiro, centralização nas leis do capital em um Estado com caráter mínimo para as políticas sociais, com desdobramentos para os trabalhadores que, diante de novas configurações, vivenciam o aumento da precarização das condições de trabalho e o acelerado processo de privatização dos serviços públicos.

Para Bravo (2006), a proposta de política de saúde construída em 1988 tem sido desconstruída com o avanço neoliberal. Assim, a saúde fica cada vez mais vinculada ao mercado e responsabiliza-se cada vez mais a população pelo seu custo.

Os projetos de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica brasileira entram em contradição em relação à perspectiva de saúde neoliberal. O projeto neoliberal está focado no mercado, designando à saúde apenas para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social, negando o caráter universal da saúde descrito na Carta Magna de 1988.

## **1.2 A Rede de Atenção em Saúde Mental**

A Reforma psiquiátrica Brasileira constrói-se entrelaçada com a Reforma sanitária e com a implantação do SUS. Foi, portanto com base nas conquistas constitucionais no âmbito da política de saúde, que passam a ser garantido o direito à pessoa com transtorno mental e fortalecidos por leis subsequentes específicas sobre a temática, de modo a contribuir no processo de redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental.

A partir do ano de 1992, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Em 2001, após 12 anos de tramitação no congresso Nacional, a Lei Paulo

Delgado é sancionada no país, direcionando a assistência em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegiando o tratamento em serviços da base comunitária (BRASIL, 2005).

Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. É traçada também uma política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Esse período caracteriza-se por dois movimentos simultâneos:

(...) a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. (BRASIL, 2005, p.9).

Para Castells (1998), as redes de atenção à saúde caracterizam-se por novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia e na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Para Mendes (2009), são organizações com conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, com objetivos comuns, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral para a população de forma humanizada e com equidade. (UNASUS, 2015).

Para Shortell et al. (1996), “são redes de organizações que prestam um contínuo serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”. (UNASUS, 2015, p.15). Para a organização Pan-Americana de Saúde são sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas que prestam ou promovem arranjos de serviços de saúde para uma população definidas, e essas determinadas organizações tem o dever de prestar contas sobre os resultados da população a que serve. Uma das principais vantagens das redes são: a criação de vínculos entre a população e as organizações, permitindo uma efetividade nas políticas e nos programas, capacidade de aprendizagem, legitimação e status, benefícios econômicos, redução de custo e melhoria de qualidade de vida da população. (UNASUS, 2015). Os conteúdos básicos das redes de atenção á saúde são:

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população. (UNASUS, 2015, P.82).

As redes de atenção à saúde mental são compostas por: Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. A rede de saúde mental propõe que os centros de atenção psicossocial (CAPS) tenham um papel estratégico na articulação e fortalecimento dessas redes, trabalhando com equipes de Saúde da Família e agentes comunitários, promovendo a promoção e autonomia dos usuários, articulando com redes possíveis como: assistências, jurídicas, escolas, ONG's, empresas e etc. (BRASIL, 2004).

Os CAPS estabelecem também um papel estratégico para a rede comunitária de cuidados, pois desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários relacionados com as políticas e programas de saúde mental, sendo um serviço criado para a substituição das internações dos hospitais psiquiátricos. São serviços de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), referência para o tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais com suas complexidades que permitam um tratamento comunitário, personalizado e promotor de vida. O principal objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, reinserção social dos usuários com acesso a lazer, trabalho, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários e acompanhamento clínico. (BRASIL, 2004).

Os CAPS devem oferecer um ambiente próprio e adequado que possa atender à sua demanda específica, devem também prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar projetos terapêuticos; promover a reinserção social dos usuários; planos terapêuticos; responsabilidade de organizar as redes de saúde mental de seu território; coordenar junto com o gestor local as atividades de

supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e manter atualizada a listagens dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos da saúde mental. (BRASIL, 2004).

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam algum sofrimento psíquico, o qual impossibilita de realizar seus projetos de vida ou atividades cotidianas. São pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, o mesmo aquele transtorno relacionado com substâncias psicoativas como álcool e outras drogas, muitos com características de longas internações psiquiátricas, ou outros que nunca foram atendidos por nenhum serviço de saúde ou podem nunca terem sido internados. (BRASIL, 2004).

Em relação aos atendimentos do CAPS, à pessoa com transtorno psiquiátrico deve procurar diretamente o serviço ou pode ser encaminhado através de outro serviço de saúde. Deve essencialmente procurar o CAPS da sua região ou próximo, no primeiro atendimento é realizado um acolhimento e escuta da sua necessidade.

Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço. (BRASIL, 2004, p.15)

Com isso constrói-se junto com paciente, uma estratégia de plano terapêutico de acordo com suas necessidades cotidianas, caso o mesmo não queira atendimento no CAPS deve ser encaminhado para outro setor de saúde, pois o tratamento é voluntário. Na instituição são realizadas diversas atividades, destinadas ao usuário e famílias dos mesmos, como atendimentos individuais com um determinado profissional, atendimento em grupos, oficinas e atividades terapêuticas, atendimento com as famílias e atividades comunitárias. Existem diversos CAPS, cada um com suas especialidades, são diferentes enquanto a estrutura física, profissionais, atividades terapêuticas e as demandas. Os diferentes CAPS são: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS AD. (BRASIL, 2004).



O CAPSi é um serviço destinados ao atendimento de crianças e adolescentes comprometidos psiquicamente. “Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.” (BRASIL, 2004, p.23). É fundamental que o tratamento com a criança comece o mais cedo possível, é necessários que os CAPS i realizem parcerias com outras redes de atenção à saúde, como o cuidado com a população infanto-juvenil e a assistência Social. As atividades oferecidas no CAPS são: atendimento individual, familiar e grupal, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas de acordo com a faixa etária da criança. (BRASIL, 2004).

Os CAPS I E CAPS II são específicos para atendimentos de adultos, com transtornos mentais persistentes ou severos. O CAPS III é destinado para atendimentos 24 horas, todos os dias da semana, também para pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes.

Para os pacientes que fazem uso abusivo de álcool e drogas passam a existir a partir de 2002, os CAPS AD. Oferecem atendimentos diários aos pacientes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Permitem um tratamento em uma perspectiva individualizada, focalizado na redução de danos e evolução continuada. “Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.” (BRASIL, 2004, p.25). Os CAPS AD desenvolvem diversas atividades como: atendimentos individuais, grupais e familiares, bem como psicoterapêuticos, medicamentosos, orientação, oferece também condições para desintoxicação e repouso para pacientes que necessitam deste serviço. (BRASIL, 2004).

Os CAPS AD se baseiam na Redução de Danos, compreendido como um conjunto de práticas e políticas com o objetivo de minimizar as consequências associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. As instituições devem também criar estratégias de prevenção, como o fortalecimento sobre informações referentes ao álcool e outras drogas, alternativas de atividades sem a utilização de drogas, identificarem problemas pessoais e acesso a suporte para solucionar-lo, fortalecimento dos vínculos afetivos e os CAPS AD devem construir articulações

com hospitais gerais quando necessário, facilitando o tratamento do paciente. (BRASIL, 2004).

Atualmente existem redes de atenção de saúde e assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. Como os consultórios na rua, leitos em enfermaria especializados nos hospitais gerais, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), comunidade terapêuticas, centro pop e centro especializado em assistência social (CREAS).

Os Consultórios na Rua foram instituídos em 2011, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como uma modalidade de equipes que realizam busca ativa e qualificada de pessoas que vivem em situação de rua. Trabalham as diferentes necessidades de saúde e são articuladas com Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção. (BRASIL, 2004).

Nos hospitais gerais existem leitos especializados para saúde mental, utilizados apenas em situações de urgência/emergência decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. O CAPS AD é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. As comunidades terapêuticas são Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público, destinadas ao atendimento as pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas e os CREAS são unidades públicas que oferta serviço especializado e continuado a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: psicológica, sexual, violência física, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas, etc. (BRASIL, 2017).

As comunidades Terapêuticas é outro modelo de atenção a pessoa com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ou drogas), presentes no Brasil e em outros países. São desenvolvidas e disseminadas a partir de iniciativas não governamentais, as instituições se organizam em residências e permanecem por certo tempo isolado das suas relações sociais, com o objetivo de renunciarem definitivamente ao uso de drogas. De acordo com o IPEA:

Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos

recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT. (IPEA, DATA, p.10).

Conforme os dados do IPEA de Março de 2017, os perfis gerais dos dirigentes são: Feminino: 22,1% ; Masculino: 72,2% ; Recebe remuneração na CT : 15,1% ; Exerce trabalho remunerado fora da CT: 48,8% ; Dirigente é o/a fundador/a: 57,9 % ; Idade do/a principal dirigente: 51,11 % e Tempo médio que exerce esta função: 10,59 %. Em relação às motivações que levaram os dirigentes a atuar em CTs: Motivação religiosa: 53,4%; Motivação humanista: 47,10%; Ter tido contato pessoal e/ou familiar com ex-usuários/as de substâncias psicoativas, que se beneficiaram do acolhimento em CTs: 44,8%; Ser, ele/a mesmo/a, ex-usuário/a de substâncias psicoativas, que se beneficiou do acolhimento em CTs: 32,6% e motivação profissional 30,8%.

As comunidades terapêuticas, em sua maioria fundamentam-se, em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas e os direitos humanos. Existe uma ausência de profissionais adequados nas instituições, tais como: assistentes sociais, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais e etc, em sua maioria são líderes religiosos. Geralmente não são especializados no tratamento com dependentes químicos e sendo o principal objetivo das comunidades terapêuticas apenas manter a abstinência. Muitas propostas baseiam-se no modelo de exclusão/separação da pessoa do convívio social e normalmente são consideradas ineficazes para o tratamento do usuário.

No Distrito Federal o núcleo responsável por regulamentar os serviços de saúde Mental é a Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal (DISAM) “É uma unidade orgânica de assessoramento superior, subordinada à Coordenação de Redes e Integração de Serviços, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS.” (BRASIL, 2017, p.01). Tem como objetivos:

Propor e participar da formulação de políticas públicas, planos e programas estratégicos para a Saúde Mental do DF, compatibilizando-as com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental emanadas do Ministério da Saúde; 2) promover e participar de estudos que visem à reorientação e reestruturação da Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, SUS - DF, buscando a oferta de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, incluindo-se aqueles decorrentes do abuso ou dependência de substâncias psicoativas, 3) propor e acompanhar

a aplicação de indicadores para a avaliação dos Serviços de Saúde Mental.  
(BRASIL, 2017, p. 1)

As redes de saúde mental no Distrito Federal são: O Núcleo de Apoio Terapêutico - NAT – HMIB; Unidade de Psiquiatria/HBDF ; Adoloescentro (Oferecem Ambulatório multiprofissional para adolescentes com transtorno mental); COMPP (Oferecem ambulatório multiprofissional para crianças e adolescentes com transtorno mental e problemas de aprendizagem); Hospital São Vicente de Paulo; 6 CAPS; 4 CAPS AD, 2 CAPS AD III e 4 CAPS i.

### 1.3 O uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

O Relatório Mundial de Drogas 2016, realizado pela (UNODC) apresenta mundialmente um panorama sobre o uso de algumas substâncias psicoativas por pessoas de 15 a 64 anos em diferentes países. Alguns exemplos de substâncias são: cannabis, anfetamina, cocaína, heroína e ópio. De acordo com a pesquisa 247 milhões de pessoas consumiram pelo menos um tipo de droga em 2014, sendo que uma a cada seis (aproximadamente 29 milhões) sofre alguma desordem devido a este uso.

O estudo afirma que destes 29 milhões, 12 milhões fazem uso de substância injetáveis, sendo que 1,6 milhões convivem com diversas doenças, com AIDS e 6 milhões possuem Hepatite C.

No Brasil segundo o último levantamento nacional, realizado, em 2001 e 2005 respectivamente, a estimativa de dependentes de álcool é de 11,2% e 12,3%; e a de tabaco de 9,0% e 10,1%. Exceto álcool e tabaco, as drogas com maior dependência são: maconha (1,0% e 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%) e estimulantes (0,4% e 0,2%). (SENAD, 2009).

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	11,2	12,3
Tabaco	9,0	10,1
Maconha	1,0	1,2
Solventes	0,8	0,2
Benzodiazepínicos	1,1	0,5
Estimulantes	0,4	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

É fundamental destacar como o gênero é um fator importante, pois o gênero masculino “apresenta maior uso na vida e maior dependência de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresenta a maior dependência é a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos”. (SENAD, 2009, p.23).

São inúmeros motivos que levam uma pessoa ao consumo de drogas e até uma possível dependência química. São analisados que o aumento do uso de drogas lícita e ilícitas na sociedade, geralmente são consequências das situações de vida que se colocam ao cidadão, tais como: más condições de vida, de trabalho, de acesso à saúde, educação, lazer e etc. Essas categorias são resultados legítimos das manifestações da questão social. Tornando-se fundamental a criação de políticas públicas voltadas para uso abusivo de álcool e outras drogas e contribuindo para que aja um tratamento eficaz para os dependentes químicos.

#### **1.4 Políticas Sobre Drogas e desafios atuais.**

Até o ano de 1998, o Brasil não tinha políticas específicas sobre a redução da demanda e oferta de drogas. Após a realização da XX Assembléia das Nações Unidas, o Brasil tomou as primeiras medidas em relação à demanda e oferta de drogas. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD, 2011).

Em 6 de abril de 2001, foi sancionada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e torna-se um marco legal na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inclusive com relação ao uso de drogas. Em 2002, por meio de Decreto Presidencial, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD, através do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002.

Em 2003, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, abordou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no País, contemplando esses três pontos principais:

1º integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; 2º

descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município; 3º estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica. (SENAD, 2011, p. 15)

Em 2004 observou-se a necessidade de atualização da política, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país vinha passando. A política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas – PNAD e foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº3/ GSIPR/CH/CONAD. (SENAD, 2011).

No ano de 2006, o SENAD coordenou um grupo do governo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o “Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, suplantando uma legislação de trinta anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais”. (SENAD, 2011, p.63). A lei nº 11.343/2006 aponta para atenção e reinserção dos dependentes químicos e prescreve medidas para a prevenção do uso indevido. É nessa categoria que passam a ser classificada a diferença entre o traficante e o usuário de drogas, sendo essa lei interligada com a atual política sobre drogas.

Com o grande crescimento da criminalidade e uso de drogas, principalmente o Crack foi lançado, em 20 de maio de 2010, o Decreto 7.179, que institui o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras drogas”. Os principais objetivos do plano é o tratamento e reinserção social de usuários de crack, com ações de prevenção bem como o enfrentamento do tráfico. (SENAD, 2011).

Em dezembro de 2011 foi criado o programa “Crack, é Possível Vencer”, o programa integrava vários grupos sociais, trabalhando, simultaneamente, na prevenção, no combate, na reabilitação e na reintegração social. (BRASIL, 2017)

De acordo com a realidade contemporânea são impostos diversos desafios, principalmente no que se refere ao “álcool e outras drogas”. Segundo o Ministério da Saúde, (2017) as políticas sobre álcool e outras drogas devem pautar de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde. Historicamente a questão do álcool e outras drogas, têm sido tratadas com algo predominante psiquiátrica ou médica, mas as

implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes e devem ser consideradas.

Assim, um grande desafio é a constituição de uma rede própria no SUS no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas com base nos preceitos defendidos pela reforma psiquiátrica. A relação governamental entre governo/SUS e as comunidades terapêuticas apresenta inúmeras restrições por parte de profissionais de saúde e movimentos sociais da área, uma vez que se questiona o caráter de instituição de saúde dessas entidades. Nas comunidades terapêuticas, como já citadas, os tratamentos são focados na exclusão do usuário do convívio social, na abstinência, ênfase na religiosidade/espiritualidade e com insuficiente inserção dos profissionais de saúde no processo de tratamento. Outros desafios que podem ser considerados são: as práticas terapêuticas, abordagens que são ineficazes no uso abusivo de álcool e outras drogas e ações de “higienização” realizados por muito governantes do país.

A título de ilustração, menciona-se a recente intervenção do governo de São Paulo na “Cracolândia”. Em 21 de maio de 2017, o prefeito de São Paulo Dori aprovou a operação com mais de 500 policiais na “Cracolândia”, com o objetivo de identificar pontos de venda de drogas, apreensão de entorpecentes e localização de traficantes. Mas não foi exatamente o que aconteceu, foram expulsos e agredidos usuários de drogas e moradores, destruição de barracos, pensões e alguns estabelecimentos comerciais. Uma ação totalmente autoritária, não levando em conta que existam dependentes químicos na região e foram ignorados os direitos humanos e a política de redução de danos. O Estado entra em contradição ao mesmo que cria a política nacional sobre drogas é o mesmo que estabelece ações “higienizadoras” e opressoras.

### **1.5 O Serviço social e a “questão social” na contemporaneidade.**

O Serviço Social é uma profissão que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações. Para Iamamoto, “a Questão social apreendida como conjunto de expressões das desigualdades na sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social.” (IAMAMOTO, 1998, p. 23). É fundamental para o profissional decifrar os determinantes e as

múltiplas expressões da questão social, pois é o eixo essencial da profissão. (IAMAMOTO, 1998).

Assim, dar conta da questão social, hoje, é decifrar as desigualdades sociais - de classes – em seus recortes de gênero, raça, etnia, religião, nacionalidade, meio ambiente etc. Mas decifrar, também, as formas de resistência e rebeldia com que são vivenciadas pelos sujeitos sociais. (IAMAMOTO, 1998, p.15).

Durante as três últimas décadas o Serviço Social passou por um processo de ruptura teórica e política. O movimento de reconceituação do Serviço Social latino-americano, em meados os anos de 1960, influenciou o amadurecimento intelectual e político do Serviço Social brasileiro. Hoje a profissão atinge profundamente as políticas públicas e ocupa diversos espaços sócio-ocupacionais. (IAMAMOTO, 1998).

Com base nesse contexto, a questão social na contemporaneidade assume quatro aspectos centrais, os quais contribuíram para novas mediações históricas na sua produção. O primeiro ponto contextualiza o crescimento do capital e dos financiamentos internos e com eles o aumento das dividas externas, dos juros e do déficit da balança comercial. Esse cenário também contribui para maior concentração de renda específicas para um determinado grupo e como resultado o aumento da pobreza, redução dos níveis de emprego ampliação da desigualdade social, agravamento da questão social e a regressão das políticas sociais públicas. (IAMAMOTO, 2001).

No segundo ponto é abordado o modelo fordista-taylorista, devido ao seu elevado progresso passa a afetar imediatamente os processos de trabalho, o mercado de trabalho e os direitos sociais. São estabelecidos padrões como: a ampla competitividade, uma melhoria na qualidade dos produtos, aumento da terceirização, um grande investimento em tecnologia atingindo diretamente o trabalhador. Exigindo do trabalhador uma qualificação ou se não o mesmo é substituído, por consequência ocorrendo elevações nos indices de desemprego e a precarização do ambiente de trabalho. (IAMAMOTO, 2001).

No terceiro ponto é tratada a perspectiva neoliberal no cenário contemporâneo e com o principal objetivo de terceirização dos serviços públicos. O Estado passa a ignorar alguns direitos sociais da sociedade e tende a ser



submetidos por interesses econômicos e políticos dominantes, reduzindo as ações do Estado nos gastos sociais. No último ponto são exemplificadas as novas expressões da questão social na contemporaneidade e a dificuldade da atuação do Assistente social, pois as condições de meio de trabalho estão cada vez mais escassas para operar as políticas e serviços sociais públicos. “crescem as desigualdades e afirmam-se as lutas do dia-a-dia contra as mesmas – na sua maioria das vezes são silenciadas pelos meios de comunicação, no ambiente de trabalho, no acesso aos direitos...” (IAMAMOTO, 2001, p.21).

Nesse cenário, o Serviço Social passa a apresentar características voltadas “à defesa do trabalho e dos trabalhadores, do amplo acesso a terra para a produção de meios de vida, ao compromisso com a afirmação da democracia, da liberdade, da igualdade e da justiça social no terreno da história”. (IAMAMOTO, 2001, p.15). O Serviço Social na conjuntura contemporânea assume princípios éticos e políticos voltados para a construção de um novo projeto societário, assumindo referências do projeto da classe de trabalhadora. É diante desse movimento, que Batista (2014) aponta limites e possibilidades para o Serviço Social, o qual requer respostas dos Assistentes sociais individualmente e como categoria profissional.

Alguns desafios são: saber lidar com as exigências das novas e velhas demandas, tanto na esfera pública como na privada; Os desafios na academia, dentro e fora dela, em um curto espaço de tempo fortalecer o projeto profissional em construção; desenvolvimento de pesquisas em diferentes níveis, contribuindo para as demandas impostas e a competência teorica-metodológica; realização de cursos permanentes de capacitação continuada, possibilitando ao assistente social decifrar a realidade e efetivar o projeto profissional em construção; a ampliação e intensificação de leituras e análises críticas da realidade brasileira fundamentadas em referências críticas; intensificação das relações entre categoria profissional e outras profissões e a participação orgânica nos acontecimentos promovidos pelos diferentes movimentos sociais. (BATISTA, 2014).

## **1.6 Serviço Social e Saúde Mental**

O Serviço social é uma profissão inscrita na “divisão sócio técnica do trabalho, cujo significado só se desvela numa análise que tenha por objeto a sociedade da qual a profissão faz parte” (IAMAMOTO, 1982, p.100). Como já mencionado o

Serviço Social é uma profissão que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações. Essas expressões se manifestam de acordo com o espaço sócio ocupacional do assistente social, nessa direção, um dos espaços é a área da saúde mental.

De acordo com LIMA (2004), a intervenção do assistente social na saúde mental, surgiu primeiramente nos Estados Unidos no ano de 1905, porém somente consolidou-se como especialidade em 1918. Os primeiros profissionais da área basearam-se em Mary Richmond e no seu livro *Diagnóstico Social*, publicado em 1917. Entretanto, a inserção do Serviço Social na área psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos teve forte influência, também, do Movimento de Higiene Mental (MHM), que emergiu na França entre 1910 a 1920. (LIMA, 2004).

O MHM tinha como objetivos: uma melhoria das condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos e enfoque na prevenção e na higienização mental da sociedade da época. O Movimento expandiu-se pelo continente europeu e americano, mobilizando a população para o combate à doença mental. Em 1905 é estabelecido o Serviço Social psiquiátrico, nessa categoria os assistentes sociais passam a ser requisitada para realizarem estudo, coleta de dados econômicos, sociais, físicos, hereditários, mentais, familiares e emocionais, com o objetivo principal de compor as histórias dos pacientes. (LIMA, 2004).

A ligação do Serviço Social e a psiquiatria se intensificam na Primeira Guerra mundial, com a adesão dos Estados Unidos. Devido aos traumas vividos pelos militares nos campos de batalha, passa a ser valorizado o tratamento das doenças mentais, como as neuroses, as psicoses e os traumas vivenciados por eles. Exigindo dos assistentes sociais o uso de uma abordagem psicologizante, no estudo e tratamento dos casos econômico-sociais que envolviam os soldados e suas famílias.

Após a guerra, mudaram-se os problemas de ordem sociais e econômicos, de modo que a ação do profissional passa a ser a família e as crianças, utilizando-se então de uma abordagem de “ajustamento”, já desenvolvida pelos Centros de Orientação Infantil (COI) e os Centros de Orientação Juvenil (COJ), nos Estados Unidos, fortalecendo o trabalho conjugado do Serviço Social com a Psiquiatria, junto com o movimento de higiene Mental. (LIMA, 2004).

Vasconcelos (2010) descreve que no Brasil o Serviço Social na saúde mental foi profundamente influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento Higienista. Inicialmente, os profissionais trabalharam nos hospitais psiquiátricos nas

seções de assistência, atuavam de forma subordinada aos médicos. Realizavam levantamentos de dados sociais, familiares dos pacientes, confecção de atestados sociais e contatos com familiares para preparação de alta. Sendo essa uma relação de subalternidade, burocrática e assistencialista. Dessa forma, Vasconcelos (2000, p.185), aponta:

A constituição do Serviço Social no Brasil é marcada, tanto pela vertente doutrinária católica, quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com forte ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, constituindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de Estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica.

No Brasil o Serviço Social iniciou-se, na área da saúde mental, na cidade do Rio de Janeiro, nos Centros de Orientação Juvenil (COJ) e Centros de Orientação Infantil (COI), influenciadas por médicos higienistas norte-americanos e com ênfase no diagnóstico/tratamento e educação higiênica. Sendo esses responsáveis diretos pela organização e difusão do Serviço Social Clínico, cujas primeiras experiências se ancoram no Serviço Social de Caso. (LIMA, 2004).

Em 1960, no governo militar é marcado por experiências das comunidades terapêuticas, constituídas na cidade de Porto Alegre e, posteriormente no Rio de Janeiro. Nessa época também ocorreu um aumento dos hospitais psiquiátricos e a doença mental passa a ser sinônimo de lucro, aumentando as oportunidades de emprego para os assistentes sociais. Nessa fase, “o projeto político do governo militar, instaurado com o golpe de 1964, buscava a modernização, com vistas ao crescimento capitalista industrial e à reorganização dos serviços de saúde mental em bases capitalistas” (VASCONCELOS, 2000, p.233).

Vasconcelos (2010) aponta que depois da Reforma Psiquiátrica na década de 1970, exigiu mudanças na postura dos profissionais que atuavam na saúde mental. Os profissionais passam a basear-se o seu processo de trabalho na lógica da ação territorial, na ação grupal e no trabalho em equipe, atuando de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Para Bisneto (2009), o Movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe algumas mudanças na atuação do assistente social, tais como: a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes, uma maior análise nos aspectos político da assistência social e da assistência psiquiátrica e a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos.

Na década de 1980 e 1990 o Serviço Social voltado para a saúde mental, adotou uma postura mais comprometida com o processo da Reforma psiquiátrica e principalmente com desinstitucionalização. Lima aborda esse contexto:

Em direção aos ideais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, reforçando as idéias ligadas à cidadania dos grupos e segmentos sociais mais empobrecidos e dos trabalhadores, do PTM em especial e da realidade em seus múltiplos significados, movimentos, tensões e constituições. Isso levou os profissionais de Serviço Social a buscar outros referenciais, apoiados numa perspectiva interdisciplinar, que imprimiram à prática cotidiana elementos que valorizam esses aspectos das relações sociais, num prisma de abrangência do homem como ser social e histórico. (Lima, ano, p. 147)

Os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na área da Saúde (2009) indicam uma relação entre os princípios que norteiam a proposta da Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político profissional, uma vez que se fundamentam em uma visão crítica da realidade e procuram contribuir e promover ações para emancipação e cidadania dos sujeitos envolvidos. Nessa direção, o profissional de serviço social deve pautar-se no código de Ética profissional, buscando contribuir para a garantia da cidadania da pessoa com transtorno mental e de sua família, lutando contra os estigmas e preconceitos impostos pela sociedade em relação com a pessoa com transtorno mental.

Para BISNETO (2009), um grande desafio enfrentado pelo Serviço Social inserido na saúde mental atualmente são as ações neoliberais que são contraditórias ao movimento da Reforma psiquiátrica. É nessa categoria, que o assistente social não deve apenas, só desenvolver técnicas para atuar na saúde mental, mas desenvolver uma análise crítica na sua atuação.

## CAPITULO 2. O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS AD III: ALGUMAS REFLEXÕES

Nesse subitem serão analisados os dados da pesquisa de campo, haja vista a perspectiva metodológica da pesquisa, conforme explanado na introdução. Os sujeitos são assistentes sociais do CAPS AD III de uma determinada região do Distrito Federal. Por questões éticas não será mencionado neste trabalho nomes e para melhor entendimento os participantes da pesquisa de campo serão denominados assistente social 1 e assistente social 2. Como já mencionado foram utilizados o método de pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise temática de conteúdo. Os dados foram organizados e analisados por meio da identificação de categorias teóricas e empíricas, visando ordenar os relatos em eixos temáticos e proceder à análise das falas.

### 2.1 Caracterizações dos sujeitos de pesquisa

Os resultados do estudo permitiram identificar características específicas de cada sujeito, tais como: assistente social 1 formou na Universidade Estadual do Tocantins (UNITIS) e o assistente social 2 na Universidade de Brasília (UNB). A carga horária de trabalho do assistente social 1 é de 20 horas semanais, enquanto que a do assistente social 2 é 40 horas semanais. No quadro 1 será explicado de forma objetiva as caracterizações e formação profissional dos sujeitos/ as.

Quadro. 01. Características dos/as sujeitos/as da pesquisa de campo.

<b>Assistente social 1</b>	<b>Assistente social 2</b>
Carga horária semanal no CAPS AD III: 20 horas semanais	Carga horária semanal no CAPS AD III: 40 horas semanais
Especializações: Dependência Química.	Especializações: Política Pública, Saúde Mental e Intervenções com família.

Todos os sujeitos procuram manter-se atualizados sobre a profissão participando de congressos, palestras, cursos, seminários sobre saúde mental ou dependência química, promovidas ou não pela instituição. Atualmente não participam e não integram nenhum movimento social, conselhos de direito/políticos, comissões no ambiente de trabalho, sindicatos, etc. É importante ressaltar, que a participação em congressos, movimentos sociais, palestras é fundamental para a ação profissional, constitui-se como um momento não somente de atualização ou de

envolvimento com as novas temáticas, mas também é um meio de refletir a atuação profissional e analisar os desafios impostos para a profissão na atual conjuntura.

Ambos os sujeitos atualmente não estão supervisionando estágio, descreveram que já supervisionaram estágio. Relataram que no CAPS AD III, onde atuam 5 assistentes sociais, nenhuma está supervisionando estágio, sendo que o último estagiário recebido foi no ano de 2015. Dentre os motivos para a descontinuidade no recebimento de estagiários em serviço social, elencaram: a falta de tempo para orientações e acompanhamento dos estudantes, falta de espaço adequado e o acúmulo de atividades dos profissionais diante da intensificação da demanda na instituição.

O assistente social 1, fez referência a falta de uma carga horária específica para as atividades de supervisão de estágio, como ocorre com outros profissionais, onde fica estabelecido um tempo específico para tal atividade, com caráter institucionalizado.

O estágio supervisionado é uma etapa preparatória para a prática profissional, que deve acontecer com a supervisão de um assistente social de campo e outro da academia. Ademais, é um momento propício para que o estagiário identifique as dimensões da intervenção profissional, a saber: o teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

São observados pelos sujeitos da pesquisa diversos fatores que prejudicam a supervisão de estágio, como: o aumento da demanda na instituição, o acúmulo de atividades, precarização do serviço e uma carga horária reduzida, os quais não possibilitam uma supervisão de campo adequada e como desejada. Contudo, cabe lembrar, que a supervisão direta de estágio em Serviço Social por constituir um momento essencial para o processo ensino-aprendizagem, deve ser realizada em campo de estágio que proporcione condições necessárias para o aprendizado do/a estudante. De acordo com a resolução do CFESS Nº 533, de 29 de setembro de 2008, no parágrafo 5º aborda:

Cabe ao profissional citado no caput e ao supervisor de campo averiguar se o campo de estágio está dentro da área do Serviço Social, se garante as condições necessárias para que o posterior exercício profissional seja desempenhado com qualidade e competência técnica e ética e se as atividades desenvolvidas no campo de estágio correspondem às atribuições e competências específicas previstas nos artigos 4º e 5º da Lei 8662/1993.

No que se refere à supervisão de estágio, o estudo indica para a necessidade dos/assistentes sociais construírem estratégias com a instituição, assim como acontece com outros profissionais. Torna-se mister a compreensão das condições objetivas do trabalho profissional, que nem sempre são as mais adequadas, mas que tal situação pode ser incorporado ao processo pedagógico dos estudantes/estagiários.

## **2.2 Trabalho em equipe no CAPS AD III.**

Com relação ao trabalho em equipe no CAPS AD III, os sujeitos da pesquisa enfatizam a importância do trabalho com a equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar. Conforme o assistente social 1:

*“Quando você realiza um trabalho com uma equipe interdisciplinar, são visões individuais de cada categoria que se juntam” (sic)*

De acordo com Vasconcelos (2010) a presença de diversos profissionais é a realidade cada vez mais concreta no cotidiano dos serviços de saúde e, remete ao processo de parcelamento do trabalho em múltiplos compartimentos, funções e profissões, vivenciadas por essas instituições desde o século XIX.

O modelo de atenção proposto na Reforma psiquiátrica apresenta o trabalho em equipe multidisciplinar com abordagem interdisciplinar, como uma importante estratégia na implantação de um modelo de atenção à saúde mental em contraposição ao modelo manicomial, centrado apenas no médico.

O trabalho multiprofissional consiste no estudo de um objeto por diferentes disciplinas, sem que haja convergência entre os conceitos e métodos. Na prática interdisciplinar há uma integração das disciplinas ao nível de conceitos e métodos. Certas subdisciplinas constituem novas disciplinas, ou vice-versa, existindo uma intercessão dos conhecimentos disciplinares. (GELBCKE, FRANCINE. et al, 2012).

O Trabalho em equipe no CAPS AD III é realizado de forma conjunta por diferentes profissionais que comunguem do mesmo objetivo, devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade. A equipe técnica é fundamental também para a

organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. (BRASIL, 2004).

Diante das premissas acima, todos os sujeitos da pesquisa foram unânimes em responderem que o trabalho do CAPS AD III é organizado em equipe multiprofissional, por meio de abordagem interdisciplinar:

*“No trabalho em equipe todos realizam avaliações, nos grupos existem algumas partes burocráticas, como: marcar atendimento, avaliação, evolução dos planos terapêuticos e avaliação do tratamento. O assistente social tem a função de fazer uma avaliação social mesmo. Realizamos também grupos conjuntos, reuniões de equipe e nessa reunião discutimos alguns casos. Na visita sempre é com a equipe interdisciplinar, cada um tem o seu olhar profissional, nos grupos de referencia temos cada especialidade”.(sic). (assistente social 2).*

Dessa maneira, o discurso dos sujeitos da pesquisa indica que a organização cotidiana do trabalho no CAPS AD III é pensada e planejada conjuntamente com todos os membros da equipe, que na sua grande maioria é composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, saúde coletiva e administrativo.

No parâmetro de atuação do assistente social na saúde (2009), refere-se que o trabalho do assistente social com equipe, deve dispor de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, diferente dos outros profissionais que atuam na saúde. Para o trabalho em equipe, é imprescindível que o assistente social afirme suas atribuições baseadas nos documentos legais, como: o Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão e Diretrizes Curriculares da ABEPSS e essas precisam ser divulgadas aos demais profissionais.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, infere-se que as principais ações e serviços prestados pela equipe multiprofissional no CAPS AD III são: visitas domiciliares; alta do usuário pela equipe; reunião de equipe, grupo de referência, marcar atendimento, avaliação, evolução dos planos terapêuticos e avaliação do tratamento. Serão mais bem explicitados no quadro abaixo:

Quadro 2. Ações e Serviços realizados pelos assistentes sociais junto com a equipe multiprofissional.

Ações e atividades desenvolvidas	Assistente social 1	Assistente social 2
----------------------------------	---------------------	---------------------



Visitas domiciliares	-	X
Alta do usuário pela equipe	X	X
Reunião de equipe	X	X
Grupo de Referência	X	X
Avaliação e evolução do usuário	X	X
Evolução dos planos terapêuticos	X	X

Legenda: x- símbolo que representa que o sujeito(a) realiza tal ação e serviço.

Os grupos de referência têm como objetivo promover a otimização da adesão ao tratamento, diversificação e fortalecimento de laços, expansão da rede social para os usuários e familiares e oferecem a possibilidade de maior participação e acompanhamento no tratamento. (PEREIRA, 2013).

No entanto, as entrevistas e a experiência no estágio obrigatório revelaram uma perspectiva imediatista para resolver os problemas impostos pelos usuários no grupo de referência, o qual é realizado por uma equipe multiprofissional. Nesse específico grupo, deveria ter uma ação voltada para uma avaliação mais profunda, analisando todos os contextos econômicos e sociais, deveriam oferecer uma possibilidade de maior participação dos usuários. Porém, o trabalho constitui-se por questionamentos e atualização dos planos terapêuticos de uma forma imediata, focada apenas na demanda aparente do indivíduo, de forma descontextualizada, sem incorporar uma dinâmica grupal. Tal contexto, interpretado à luz do modelo de atenção em saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica, induzem para a necessidade de incorporar novas estratégias de atuação junto ao referido grupo.

### **2.3 O Exercício profissional do Assistente Social no CAPS AD III.**

Procura-se nesse item apresentar as principais competências e atribuições do Serviço Social na saúde mental, a partir da perspectiva dos sujeitos da pesquisa empírica. Segundo Iamamoto (2012): “No sentido etimológico, a competência diz respeito à capacidade de apreciar, decidir ou fazer alguma coisa, enquanto a atribuição é uma prerrogativa, privilégio, direito e poder de realizar algo” (p. 37). Assim, é possível entender que as atribuições privativas estão relacionadas

diretamente com a profissão, como exemplos, coordenar cursos e equipes exclusivos do Serviço Social em instituições públicas ou privadas e supervisionar estágio em Serviço Social. As competências são ações profissionais que o Serviço Social pode desenvolver, embora não lhes sejam exclusivas.

De acordo com a Lei n. 8662/93, que regulamenta a profissão do assistente social, explicita as competências do profissional de Serviço Social:

- II. elaborar, coordenar e executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III. encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população ;
- VIII. prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo" (ou seja, relacionadas ao âmbito de atuação do Serviço Social);
- XI. realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefício e serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas privadas e outras entidades " (BRASIL, 1993).

E no Art. 5, definem-se as atribuições privativas do assistente social:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias, técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional." (BRASIL, 1993).

Conforme o CFEES (2015), no que se refere à aplicação da lei de regulamentação, a partir das experiências de fiscalização realizadas pelos CRESS, demonstrou que existem algumas repetições do que se lista como atribuições privativas no artigo que trata das competências. Por isso, entende que quando há essas repetições no item competências, elas são entendidas automaticamente como atribuições privativas.

Para que as ações e atribuições se concretizem, é fundamental que a prática e a teoria não sejam desvinculadas, uma vez que ambas estão ligadas entre si e formam apenas uma unidade. Para Santos (2010), a prática precede a teoria e a

teoria é construída a partir das aproximações sucessivas dos fenômenos, buscando as múltiplas determinações desses eventos. E esse determinado movimento só será possível mediante a universalidade, a singularidade e a particularidade que estão presentes no espaço de intervenção do assistente social.

A singularidade compõe o campo de questões isoladas, do aparente, do fragmentado, do pontual. Na universalidade é a compreensão da realidade para além da singularidade e do aparente e na particularidade são as ações utilizadas pelo profissional nos atendimentos com usuários, nesse momento universalizam o singular e esses se universalizam por meio do campo das mediações.

A mediação não pode ser compreendida apenas pelo ato de mediar conflitos ou problemas, mas também consistem numa categoria da teoria crítica marxista, e só é possível através do método dialético de análise da realidade. Para o assistente social a mediação possibilita a construção e reconstrução do objeto de intervenção profissional na busca de uma prática transformadora, no que se refere para sua atuação, uma melhor análise crítica nas suas ações e demandas da profissão. (CAVALLI, 2008).

Ao que se referem às atribuições profissionais, os sujeitos da pesquisa, ressaltaram as seguintes ações: Orientação sobre direitos, cidadania e benefícios, avaliação social, articulação com redes sociais e encaminhamentos, sensibilização da família e acompanhamento sobre a atual situação do usuário, realização de grupos, escuta qualificada dos familiares do usuário para identificar as demandas que vão além da dependência química do usuário, podendo ser demandas econômicas, sociais, políticas e até mesmo culturais.

Quadro. 2. Atribuições dos assistentes sociais:

ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS 1 E 2
Orientação sobre direitos, cidadania e benefícios.
Avaliação social.
Articulação com redes sociais e encaminhamentos.
Orientação e acompanhamento dos usuários
Orientação e acompanhamento de famílias
Escuta qualificada dos familiares do usuário para identificação de demandas

Escuta qualificada dos usuários
---------------------------------

A escuta qualificada é realizada por todos os profissionais, sendo considerada uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva de cuidado integral. “Por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.” (RAIMUNDO, CADETE, 2012).

No o trabalho com famílias, são desenvolvidas ações dirigidas à família dos usuários, estruturada para favorecer e potencializar a relação familiar e compreendendo o familiar como parceiro singular e fundamental para o tratamento do usuário. De acordo com o (a) sujeito (a) 1, existem especificidades dos grupos com famílias, ou seja, um dos grupos é realizado pela psicologia e outro pelo serviço social.

*“O meu grupo de família realizado na terça é um grupo de entrada, trabalha mesmo com uma avaliação familiar, levantamento das principais demandas e escuta mesmo dessas famílias, e até uma orientação sobre substâncias químicas, como é e como lidar. O grupo da psicologia trabalha mais com comportamentos ... “ (sic)*

A interpretação a respeito das situações apresentadas na pesquisa empírica, sobre o exercício profissional do assistente social denota que as falas expressam contradições vivenciadas no âmbito da atuação profissional, com fragilidades na identificação do que se constitui como atribuições e competências do assistente social, a luz do Código de ética profissional. Iamamoto (2002, p. 41) afirma que “é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. É nessa categoria, que os profissionais devem deduzir que as atribuições e especialidades de cada profissional, contribuem para a unidade da equipe.

Com já mencionado, existem diferenças entre atribuições e competências profissionais. De acordo com os relatos, algumas atribuições citadas pelos/as sujeitos não são compreendidas como atribuições específicas do Serviço Social, mas sim como competências profissionais, podendo ser realizado por toda a equipe multiprofissional. Nesse sentido, pode ser interpretado que as seguintes atribuições citadas pelos sujeitos correspondem às competências profissionais de toda a equipe

a depender da intencionalidade presente na ação e no tipo de abordagem utilizada: Orientação e acompanhamento dos usuários e escuta qualificada dos usuários.

Conforme o CFESS (2009), afirma esses pressupostos:

O assistente social geralmente tem dificuldades na compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. (CFESS, 2009, p. 47).

No entanto, esses desafios e dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates com os demais profissionais. Para o esclarecimento de atribuições e competências de cada profissional, assim facilitando o estabelecimento de rotinas e planos de trabalho diários.

## 2.4 Instrumentais técnicos- operativos

Na operacionalização das ações profissionais os sujeitos da pesquisa identificam diferentes instrumentos técnico-operativos utilizados pelo serviço social no cotidiano de trabalho, como por exemplo: visitas domiciliares, relatórios e fichas de acolhimento. Não existe um instrumental específico para o Serviço Social, todos os instrumentos são igualmente utilizados por toda equipe multiprofissional.

No que se refere aos grupos, o assistente social 1 realiza os seguintes grupos : Primeiros passos, SERUC saúde e justiça e a Rede Cultural. O assistente social 2 realiza o seguinte grupo: Grupos de família. Ambos realizam o grupo de referência com a equipe multiprofissional.

De acordo com a entrevistas, o grupo realizado pelo assistente social 1 é:

*“O grupos de família da terça é um grupo de entrada, trabalha mesmo para fazer uma avaliação familiar, levantamento das principais demandas e escuta mesmo dessas famílias, e até uma orientação sobre substâncias químicas, como é e como lidar. O grupo de família da quarta é com a psicologia trabalha mais com comportamentos, isso já é parte da psicologia, no de quarta e dou algumas orientações sociais e uma avaliação da individual da família, específicas minhas”. (sic) assistente social 1.*

Grupos realizados pelo assistente social 2.

***Primeiros passos:** “são três encontros que trabalham algumas estratégias de enfrentamento, como a adesão química, melhores formas de fazer o tratamento, trás algumas informações iniciais que necessita saber sobre a dependência química, tem o momento de escuta, diversos pacientes chegam com a necessidade de fala, é um grupo que é de início, promovendo sua adesão ao tratamento”;*

**SERUC saúde e justiça:** “são aqueles que são pegos pela justiça usando drogas ou com o porte são encaminhados pela justiça para esse acompanhamento, não é um tratamento, são seis encontros, com um sentido de reflexão” e **Rede cultural:** “é um grupo que ajuda a fortalecer a rede de apoio dos pacientes, promove passeios, para sensibilizar os lugares que eles podem está com a família, inserir eles nesses espaços”. (sic) assistente social 2.

De acordo com os objetivos e princípios dos CAPS, todas as atividades, incluindo os grupos, devem ser orientadas pelos projetos terapêuticos singulares com propostas que sejam coletivas, com temas, questões, reflexões e ações que sejam pertinentes às pessoas que freqüentam o CAPS. Esses devem ser construídos, sempre levando em conta a interdisciplinaridade e a participação (escolha, desejo, autonomia) daquele que será o sujeito ativo desse projeto. (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, insere-se um campo de mediações no âmbito do exercício profissional, envolto na dimensão técnica-operativa, teórico-metodológica e ético-política herdada ao longo da formação acadêmica, proporcionando um conjunto de estratégias para responder as diversas expressões da questão social. Essas categorias são observadas nos grupos que ambos os (as) realizam sozinhos ou com outro profissional.

Evidencia-se que no exercício profissional dos (as) sujeitos (as) são norteados pelos valores e princípios do Código de Ética do Assistente Social para responder as expressões da questão social, presentes no CAPS AD III. Ambos os sujeitos responderam a importância do sigilo profissional:

*“Sim, uso o código de ética principalmente em relação ao sigilo do usuário”. (sic) assistente social 1.*

*“Usamos sim, principalmente com o sigilo, alguns casos analisamos e temos que manter o sigilo ou não? temos que falar com a família ? algumas vezes eles contam alguma coisa temos que analisar se passamos pra equipe ou família como a ideia suicida, temos que falar com a família.” (sic) assistente social 2.*

É essencial para o Assistente social seguir os princípios do código de ética, pois os profissionais sempre se deparam com situações em que devem guardar o Sigilo ou não. No que se refere ao CAPS AD III é fundamental o sigilo com o usuário, ao menos que tragam risco de vida para ele ou terceiros. No código de ética, no art. 18 aborda essas questões: “A quebra do sigilo só é admissível quando

se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade”.

Em relação à autonomia, os assistentes sociais entrevistados descreveram terem autonomia no que se refere aos grupos. Contudo, essa autonomia se torna relativa quando estas atividades e ações são transportadas para outras instâncias, como o planejamento de outras atividades e projetos que ficam limitados aos recursos financeiros, matérias, condições de trabalho, redes sociais e dificultam atuação do assistente social no CAPS AD III.

Os profissionais acabam tendo limitações em sua ação profissional, partindo do princípio que o servidor tem como empregador o Estado, e, que por vezes recai a exigência em responder às demandas institucionais, ou seja, dos interesses do Estado. Devido à perspectiva neoliberal, que nas últimas décadas estão desmaterializando as políticas públicas, tornando-as cada vez mais focalizadas, descentralizadas e privatizadas, o qual repercute no exercício profissional do assistente social. Cabe ao profissional de Serviço Social lidar e criar estratégias, para as necessidades e demandas dos usuários do CAPS AD III e a lógica capitalista.

## **2.5 Condições de trabalho no CAPS AD III e os principais desafios.**

Na conjuntura contemporânea os profissionais de Serviço Social vivenciam obstáculos que dificultam a efetivação do exercício profissional, isto é, o assistente social se depara com uma realidade cada vez mais conflituosa e de difícil enfrentamento principalmente no que se refere às condições de trabalho. Conforme a resolução CFESS n. 273/93, no art. 7 estabelece princípios fundamentais para as condições de trabalho: “dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional”.

Conforme os sujeitos da pesquisa referiram que a instituição estabelece um espaço físico adequado para o atendimento com os usuários, porém não proporciona um ambiente propício, para a pessoa com deficiência física. Para a equipe multiprofissional é disponibilizado um espaço físico, sendo, na maioria das vezes, extremamente pequeno para comportar a equipe, tornando o ambiente insalubre e cansativo. No que concerne aos meios tecnológicos, existe uma escassez de equipamentos, como: computadores, televisão e projetores.

Santos (2010) afirma que, após o advento da globalização e do neoliberalismo, o trabalho e o emprego passaram a apresentar novas características, como: a insegurança no mercado de trabalho, a redução da estabilidade e a subcontratação, flexibilização dos salários, a queda nos gastos sociais e fiscais das empresas, a deterioração da distribuição de renda, o crescimento da pobreza, na contratação do trabalho e dentre outros.

Ambos os sujeitos foram unânimes em responder que perceberam, nos últimos anos, um processo de intensificação do trabalho desenvolvido pelas equipes. Ocorreu um acréscimo de usuários com demandas específicas para o CAPS AD III e, por conseguinte verifica-se uma maior atuação dos profissionais.

Dessa forma, percebe-se que essa intensificação da demanda, acompanhado pela sobrecarga de atividades e com foco na produtividade dos profissionais. Conforme o assistente social 1, existem cobranças para o cumprimento de metas e resultados:

*“Sim, em questão da produtividade. Aqui você tem que cumprir um meta, não é assim atender 10 pacientes em determinado dia, mas aqui você deve ser produtivo” (sic) assistente social 1.*

No final da década do ano de 1970, houve uma intensificação no mundo do trabalho surgindo outros tipos de trabalho, como os terceirizados, os subcontratados e dentre outros. Essa conjuntura contemporânea, além de trazer mudanças no mundo do trabalho, alterou também as expressões sociais, repercutindo, diretamente, no exercício profissional do assistente social. (OLIVEIRA, 2012)

As demandas não foram acompanhadas por políticas públicas que assegurem a cidadania e democracia a todos. Com isso, as políticas sociais existentes estão sofrendo um intenso processo de focalização, privatização e descentralização. Assim, sobrecarregando não só os assistentes sociais, mas toda a equipe técnica do CAPS AD III. Santos (2010), por sua vez, compreende que o processo de precarização do trabalho faz parte da estratégia neoliberal, afetando diretamente os grupos de trabalho, salários, carreiras e prejudicando os coletivos de defesa de trabalhadores.

O exercício profissional do assistente social, portanto, está determinado por sua condição de trabalhador inserido na reestruturação dos processos de trabalho. Que por sua vez, são apresentados com baixos salários, ausência de autonomia e falta de condições de execução do trabalho no setor público.



Além do mais, o principal desafio enfrentado não somente pelo o/a assistente social, mas por toda equipe multiprofissional do CAPS AD III, são as consequências advindas da perspectiva neoliberal: focalização, descentralização, e privatização das políticas sociais, econômicas e políticas das classes trabalhadoras e essa falta de financiamento das políticas sociais brasileiras impacta diretamente o trabalho do assistente social no seu espaço sócio-ocupacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso- TCC objetivou analisar o exercício profissional do assistente social no CAPS AD III em uma determinada região do Distrito Federal. Para tanto, foi relevante compreendermos as atribuições, competências profissionais, principais desafios e limitadores do exercício profissional do assistente social na instituição.

Estruturamos a pesquisa qualitativa em dois momentos diferentes, mas complementares: revisão da literatura sobre a temática de estudo e a pesquisa de campo. A partir dos resultados obtidos com o estudo, identificamos aspectos relevantes acerca do exercício profissional do assistente social no âmbito do CAPS AD, sendo destacados:

- O CAPS AD III estabelece um papel estratégico para a rede comunitária de cuidados, pois desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários relacionados com as políticas sobre álcool e outras drogas e programas de saúde mental, sendo um serviço criado para a substituição das internações dos hospitais psiquiátricos, com base na reforma psiquiátrica;
- A pesquisa permitiu identificar que os serviços e ações realizadas cotidianamente no CAPS ADIII são organizados por equipe multiprofissional com abordagens interdisciplinar;
- Na instituição são realizadas diversas atividades que contribui para o tratamento do usuário, como: atendimentos individuais com um determinado profissional, atendimento em grupos, oficinas e atividades terapêuticas, acolhimento e escuta das famílias e atividades comunitárias;
- Foi observada uma perspectiva imediatista nos grupos de referência, organizados pela equipe multiprofissional;
- O profissional de serviço social não tem um instrumental técnico-operativo específico, sendo os mais utilizados por ele e pela equipe: relatórios, fichas de acolhimento e visitas domiciliares.
- A pesquisa empírica demonstrou contradições vivenciadas no âmbito da atuação profissional, como fragilidades na identificação do que se constitui como atribuições e competências do assistente social.
- No que se refere às condições de trabalho, os/as sujeitos/as descreveram que a instituição estabelece um espaço físico adequado para o atendimento com os usuários, porém não proporciona um ambiente propício, para a pessoa com deficiência física. Para a equipe

multiprofissional é disponibilizado um espaço físico, sendo, na maioria das vezes, extremamente pequeno para comportar a equipe, tornando o ambiente insalubre e cansativo.

Concluimos, por fim, que a atuação do assistente social no CAPS AD III, é baseada nos princípios da reforma psiquiátrica e na defesa do acesso à saúde dos usuários na perspectiva de defesa do Sistema Único de Saúde universal e integral. Contudo, observa-se uma intensificação do trabalho, consequências advindas da perspectiva neoliberal, privatização e focalização das políticas sociais e econômicas, o qual impacta diretamente nas ações do assistente social.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, Alfredo A. *Trabalho, questão social e serviço social*. 2.ed. Cascavel: EDUNIOSTE, 2014.

BARROSO; SILVA. *Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia*. Rev. SPAGESP vol.12 no.1 Ribeirão Preto jun. 2011.

BERING, Elaine R. e Santos. *Questão social e direitos*. In. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, Brasília, 2009.

BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA. *A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas*. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. v.11 n.1 São Paulo mar. 2008.

BISNETO, José Augusto. *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. *A política de Saúde no Brasil*. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

\_\_\_\_\_. M. I. S. *Política de Saúde no Brasil*. In *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

BRASIL, *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2002.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. “*População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano*”. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-bideconsultas-medicadas-pelo-sus-em-um-ano/>>, 2015. Acesso em: 21/06/2017.

\_\_\_\_\_, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_, Lei 10.216, (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legisla/htm/>>. Acesso em: 20/06/2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_, Ministério da Justiça. *Crack é possível vencer, 2017*. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer/>>. Acesso em: 07 de jun. 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da saúde. *Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde, princípios e conquistas*. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano, 2015*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano/>>. Acesso em: 07 de junho de 2017.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. “*Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*”. Disponível em: < />, 2017. Acesso em: 11/07/2017.

CASTEL, Robert. A nova questão social. In: *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Rio de Janeiro. Vozes, 1998.

CAVALLI, Michelle. *A categoria mediação e o processo de trabalho no serviço social: uma relação possível?*, 2008. Disponível em: < <http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Instrumentais-SS.pdf>>. Acesso em: 23 de junho de 2017.

CFESS. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

CONASEMS. *Participação Social No SUS: O olhar da Gestão Municipal*. Brasília, 2010.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

GARCIA, Marco et al. *Lula presidente, programas de governo 2007 e 2010*. Disponível em :<[http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/Programa\\_de\\_governo\\_2007-2010pdf](http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/Programa_de_governo_2007-2010pdf)> Acesso em: 03 de junho de 2017.

GELBCKE, Francine. et al. *Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar*. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 5, n. 1, p. 31-39, 2011.

IAMAMOTO, Marilda V. *A questão social no capitalismo*. Revista Temporalis. In. ABEPSS, Brasília, Ano 2 n. 1, Brasília, 2001, p.9-33.

\_\_\_\_\_, Marilda V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_, Marilda V. & CARVALHO, Raul. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1982.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. Cap. IV: O Serviço Social em tempo de capital fetiche. In: *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho, questão social*. 2 ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_, Marilda Villela. *A questão social no capitalismo*. Revista Temporalis. In. ABEPSS, Brasília, Ano 2 n. 1, p. 153-163.

IPEA. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/windows/Downloads/nota%20t%C3%A9cnica%20IPEA%20Comunidades%20terapeuticas.pdf />. Acesso em: 07 de jun. 2017.

LIMA; SILVA. *A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal*. Repositório UNB. 2004

LIMA, Telma Cristiane Sasso de, MIOTO, Regina Célia Tamasso. *Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica*. Revista Katálisis, Florianópolis: vol. 10, n. esp., 2007.

LIMA, Maria José Girão. *A prática do Assistente Social na área da saúde mental: uma análise centrada na cidadania dos usuários*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). UFPI, Teresina: 2004.

MATOS, Maurílio. *Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade*. Rio de Janeiro. UFRJ, 2015.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Boitempo, 2013.

MALTI, Fedwa. *Enciclopédia de sexo e gênero*, 2007. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. HUCITEC, 2007

MENDES, Ev. *As redes de atenção à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R, 2006.

NETTO, José Paulo. *Cinco notas sobre questão social: expressões da questão social no Brasil*. Revista Temporalis. In. ABEPSS, Brasília, Ano 2 n. 1, p. 153-163.

NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, Andréia de. *Atenção Primária à Saúde: Qual o lugar da participação da sociedade*. Tese de Mestrado. 2012, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO , Programa pós-graduado em Serviço Social.

PEREIRA, R.R. *Integração clínica e terapêutica – A experiência dos grupos de referência no Caps Itapeva*. Disponível em: <[http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2014/r\\_rene-rogerio-pereira1.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2014/r_rene-rogerio-pereira1.pdf)> Acesso em: 23 de jun. 2017.

RAIMUNDO, CADETE. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde, 2012.

RODRIGUES, Jailma et al. *Questão social, Revista Trabalho e Sociedade*, Fortaleza, v.2, n.2, Jul/Dez, 2014, p.78-95.

SANTOS, M.S. Na Prática a Teoria é Outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2010.

SENAD, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas, 2009.

\_\_\_\_\_, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas. Ministério da justiça, 2011.

TEIXEIRA, C. F. *O SUS e a Vigilância da Saúde*. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

UNASUS. *Rede de atenção á saúde: a atenção á saúde organizada em redes*, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/windows/Downloads/UNIDADE\\_1.pdf](file:///C:/Users/windows/Downloads/UNIDADE_1.pdf)>. Acesso em: 07 de jun. 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

VASCONCELOS, Vinicius. *Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS*. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto 2010.

**Anexos 1.****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O Exercício profissional do Assistente Social no CAPS AD III”, de responsabilidade da Professora Dra. Andréia de Oliveira, professora do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB). O objetivo desta pesquisa é analisar as principais ações do Serviço Social no CAPS AD III, identificando as atribuições, competências profissionais, principais demandas, possibilidades e desafios do Assistente Social. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. A coleta de dados será entrevista semiestruturada, tendo os assistentes sociais do CAPS AD III do Distrito Federal como sujeitos da pesquisa. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Andréia de Oliveira na instituição Universidade de Brasília telefone: (61) 981080161, no horário: 9h às 12 e das 14h às 18h. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone geral: (61) 3107-3300. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília-DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_



---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura do (a) pesquisador (a)

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**  
**(com profissionais/ assistentes sociais do CAPS AD III DF)**

**I – IDENTIFICAÇÃO/DADOS PESSOAIS**

Idade:

Sexo: (    ) M    (    ) F

Renda individual (média em SM):

**II – DADOS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Nível de formação:

Graduação: Onde?

Quando se formou?

Pós-Graduação:

Possui Especialização? Sim(    )    Não (    )

Caso sim, em qual área se especializou?

Onde?

Quando?

Possui Mestrado? Sim (    ) Não (    ) Doutorado? Sim (    ) Não (    )

Pós-Doutorado? Sim (    ) Não (    )

Onde?

Quando?

Em qual área?

### III – DADOS SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL

Qual o cargo/função que você ocupa/desempenha?

Qual o seu tipo de vínculo empregatício?

Qual sua área de atuação?

Tem quanto tempo de atuação como Assistente Social?

No Serviço Social, desde seu ingresso no mercado de trabalho, em que áreas já atuou?

Na área da saúde, quanto tempo atua e locais de atuação:

O que você busca para se manter atualizado? Participa de eventos (cursos, palestras, conferências, congressos, etc.) promovidos pela categoria profissional ou áreas afins?

Quais são os serviços prestados pelo CAPS AD III?

Dessas ações e atividades desenvolvidas quais você considera que são específicas do assistente social?

Quais suas principais ações no seu cotidiano de trabalho no CAPS AD III ?

No desenvolvimento dessas atividades, há algum referencial teórico-metodológico que norteia sua atuação profissional? Caso sim, qual e como fundamenta a ação?

Existe interface do código de Ética do Assistente Social e do projeto ético político do Serviço Social no seu exercício profissional cotidiano? Caso afirmativo, de que forma? Caso negativo, quais os dificultadores?

Quais são as maiores dificuldades que você encontra na sua ação profissional?

Quais são as maiores dificuldades dos usuários na participação dos grupos, na sua percepção?

São observados evoluções dos pacientes, a partir da participação dos grupos?

Quais os grupos que você realiza?

Há trabalho em equipe? Caso sim, como se dá a constituição da equipe de trabalho?

Existe a participação da população/usuários? Se sim, como?

Que atividades você realiza em seu trabalho que são organizadas e realizadas conjuntamente com a equipe de saúde a que pertence?

Quais instrumentais técnico-operativos você utiliza no seu exercício profissional?

O assistente social tem autonomia no ambiente de trabalho? De que forma?

#### **IV - Condições de Trabalho**

Qual sua jornada de trabalho semanal?

Qual a sua análise/avaliação acerca da instituição em que trabalha?

---

Em relação às condições de trabalho, como você avalia seu ambiente de trabalho? Você é requisitado para atuar nas especificidades da profissão ou acontece de requisitarem seu trabalho para outras ações não específicas? Caso sim, como isso ocorre?

Qual sua avaliação sobre o espaço físico (infra-estrutura) disponibilizado para o Serviço Social na instituição?

Você já desencadeou algum processo de adoecimento advindo do trabalho, seja nesse espaço ocupacional ou em outro?

Caso sim, comente sobre.

Já precisou ficar afastado/a do trabalho em detrimento de adoecimento? Existe alguma política institucional voltada para a atenção à saúde dos trabalhadores? Caso sim, qual e como se dá?

Atualmente você está fazendo algum acompanhamento médico ou tratamento medicamentoso em decorrência de agravos à saúde advindos do trabalho?

Há cobrança e pressão no ambiente de trabalho? Caso sim, de que forma?

Você é requisitado pela instituição fora do seu horário de trabalho? Caso sim, como se dá esse processo?

Há cobrança para o cumprimento de metas e resultados? Caso sim, como isso ocorre?

Como você analisa/avalia o ritmo e velocidade do seu trabalho hoje em termos de cobranças de resultados e produtividade?

Você considera que tem ocorrido um processo de intensificação do trabalho nos últimos anos? Por quê? E como isso acontece?

Há acúmulo de atividades/sobrecarga de trabalho devido ao volume de demandas? Como você avalia esse processo?

Você se utiliza dos recursos tecnológicos (computador, recursos multimídia, comunicacionais, etc.) no seu cotidiano de trabalho? Caso não, por quê? Caso sim, como se dá essa apropriação e qual sua avaliação sobre os avanços tecnológicos no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais?

## **V - Formação e qualificação profissional**

A instituição estimula e incentiva a qualificação profissional e a formação continuada? Caso sim, como?

Você supervisiona estágio? Caso sim, como avalia a supervisão de estágio?

## **VI – DADOS SOBRE ORGANIZAÇÃO POLÍTICA**

Você conhece o trabalho do conjunto CFESS/CRESS? Como avalia a atuação dessas entidades?

Você participa ou integra algum movimento social, conselhos de direitos/políticas, comissões no ambiente de trabalho, sindicatos, etc.? Caso sim, qual? Como avalia esses espaços?

Você busca manter aproximação com a Universidade? Caso sim, de que forma?